Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG34
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- FG38
  -
- IBBS
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
  -
- BZgA
  -
- MF3
  -

<table>
<tr><th>TOP</th><th>Beitrag/Thema</th><th>eingebracht von</th></tr>
<tr><td>1</td><td>

Aktuelle Lage

International

Internationale Lage (Folien hier)

Fälle, Ausbreitung: Stand 29.12.2020 > 80 Mio. Fälle und > 1.7 Mio. Todesfälle (2.2 %), Top 10 Länder: USA; Brasilien, GB, Russland, Indien, Deutschland, Türkei, Italien, Kolumbien, Südafrika; Indien nun auf Platz 5 statt 7, Südafrika anstelle Frankreichs nun in den Top 10; Datengrundlage hier WHO (feiertagsbedingte Verschiebungen der ECDC-Daten);
WHO Epidemiological update, Stand 29.12.2020 (Vergleich Vorwoche): insgesamt Rückgang neuer COVID-19-Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 8 %, aber aufgrund der Feiertage laut WHO Meldeverzögerungen;

Region Amerika: erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle (> 2,3 Mio. neue Fälle; 50 % weltweiter Fälle);
Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 15 % bzw. 3 %;
USA 68 % neuer Fälle in der Region;
meiste neue (Todes)Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko;
Region Europa: meiste neue Todesfälle (36.286; 46 %)
> 1,5 Mio. neue Fälle = weiterhin hoch;
Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 15 %;
meiste neue (Todes)Fälle: GB, Nordirland, Russland, Deutschland;
Region Afrika: größter relativer Anstieg neuer Fälle (27 %) und Todesfälle (34 %); Neuerkrankungen und Todesfälle im Vergleich zu anderen Regionen niedrig;
Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 20 % bzw. 37 %;
meiste neue (Todes)Fälle: Südafrika, Nigeria, Algerien, Namibia, DRC;
Region Westpazifik: steigende Trends;
Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 13 % bzw. 4 %;
meiste neue (Todes)Fälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Südkorea;
Regionen Südostasien und Östliches Mittelmeer:
Rückgang der Fälle und Todesfälle;
SOA: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 6 % bzw. 1 %; meiste neue (Todes)Fälle: Indien, Indonesien, Bangladesch;
ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien;

Update Neue SARS-CoV-2-Varianten

VOC 202012/01 (UK): mind. 3.000 Fälle in UK; weitere Fälle in Europa und weltweit;
Neuer technischer Report PHE: vorläufige Ergebnisse der Kohortenstudie → kein statistisch signifikanter Unterschied in Hospitalisierung, 28-Tage-Todesrate oder Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion;

</td><td>ZIG1</td></tr>
</table>

	▪ **501.V2** (Südafrika): stark verbreitet, >90 % der Sequenzen seit 16.11.; erste Entdeckungen außerhalb SA, u.a. in GB und Finnland; ▪ Vorläufige Analysen → neue Varianten erhöhte Übertragbarkeit, jedoch bislang keine erhöhte Infektionsschwere oder –mortalität festgestellt; Einfluss auf entwickelte Impfstoffe weiterhin unklar ○ Diskussion ▪ Sehr hohe CFR (Folie 1) von Deutschland ggü. bspw. GB (2,74 *versus* 1,28 %): vermutlich Rechenfehler, wird überarbeitet, im Situation Report der WHO für D 29.778 Todesfälle und 1.640.858 Fälle → CFR ca. 1,8 % https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020 ▪ Aktualisierter Bericht von PHE: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948152/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf ▪ Link zu internationalen Daten → Todesfälle *versus* Bevölkerungszahl als „transparentestes" Maß der Surveillance- und anderen Mechanismen: hier Zahlen für USA, UK und Italien ca. 4x so hoch wie für Deutschland *To Do1: Bitte an [geschwärzt], den Neuen technischen Report PHE zu zirkulieren.* *To Do2: Bitte um Korrektur der CFR Folie 1.*	
	National • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.687.185 (+22.459), davon 32.107 (1.9 %) Todesfälle (+1.129), 7-Tage-Inzidenz 141/100.000 Einw. → gestern erhebliche Anzahl neuer Meldungen, bei Interpretation der Daten sind die verringerte Anzahl an Arztbesuchen, Meldungen und Übermittlungen bzw. Verschiebungen bei Tests etc. aufgrund der Feiertage zu berücksichtigen; ○ 4-Tage-R=0.54, 7-Tage-R=0.68: Reproduktionszahlen deutlich unter 1, müssen mit Vorsicht interpretiert werden; ○ ITS: 5.649 (+52), invasiv beatmet: 3.071 (+54): weiter angestiegen, Kapazitäten regional am Limit (nicht nur ITS-, sondern auch allgemeine Bettenbelegung), Lage spannt sich weiter an, wenngleich Fallzahlen scheinbar rückgängig; ○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ Sachsen weiterhin höchste Inzidenz aber deutliche Abnahme, ebenso für Thüringen; ▪ Bayern und BB etwas über Bundesdurchschnitt; ▪ Unter den Ländern mit niedrigster Inzidenz verzeichnen Bremen und Meckl.-Vorpomm. wieder leichte Anstiege, vermutlich nachmeldungsbedingt; ▪ Insgesamt keine reale Einschätzung des Rückgangs möglich;	Abt. 3 [geschwärzt]

- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 690, trotz geringerer Meldeaktivität weiterhin
  - 21 LK > 25-50,
  - 100 LK > 50-100,
  - 253 LK > 100-250,
  - 34 LK > 250-500 und
  - 3 LK > 500-1000;
- 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche: durch Winterpause in Schule und Kindergarten Inzidenz in AG 5-14 J (dunkelblau) bereits seit ca. KW 50 rückläufig; AG 60-79 J (gelb) deutlich niedriger als 35-59 J (hellblau) und 15-34 J (grün); AG 80+ mit höchster Inzidenz von > 350 Fälle/100.000 Einw. → in dieser AG relativ geringster Rückgang im Vergleich zu anderen AG;
- Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Fälle aus Ausbrüchen mit ≥ 2Fällen): Umfelder Alten- und Pflegeheim und private HH dominieren;
- COVID-19-Fälle nach Zugehörigkeit zu einer Einrichtung und Meldewoche: spiegelt ebenfalls wieder, dass Fälle bei in Einrichtungen betreuten Personen den größten Anteil am Geschehen haben;
- Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien):
  - Zwischen 24.12. und 30.12. Anteil übermittelnder Gesundheitsämter deutlich von Durchschnitt der Vorwochen(n) gesunken (Abfall von ca. 95 auf ca. 85 %)
  - 
  -

- **Syndromische Surveillance** (Folien hier) — FG36
  - GrippeWeb bis zur KW 52: ARE-Rate deutlich unter der der Vorjahre, derzeit zusätzlicher Abfall, vermutlich bedingt durch Kontaktbeschränkung vor Weihnachten;
  - ARE-Konsultationen bis zur 52. KW: feiertagsbedingter Einbruch der Konsultationsinzidenz wie in den Vorjahren;
  - ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 51. KW: Anzahl SARI-Fälle in AG der < 15-Jährige (v.a. der < 4-Jährigen deutlich) unter der der Vorjahre; in AG 15-59-Jährigen vergleichbar mit denen der Vorjahre und derzeit

relativ stabil; in AG der > 60-Jährigen jedoch aktuell weiterhin deutlicher Anstieg;
- Ausschnitt für AG ab 80 Jahre: in 50. KW deutlicher Sprung in der Anzahl der SARI-Fälle, möglicherweise zusammenhängend mit Teststrategie (AG-Schnelltests); in 51. KW leichter Rückgang, auch hier ist die Ursächlichkeit nur schwer interpretierbar;
- Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW: „Lockdown light" KW 45, seit KW 46 relativ stabil bei ca. 60 %, in KW 50 Sprung auf 68 %, in KW 51 (Lockdown) stabil bei 66 %;
- Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW nach AG: AG 15-34 Jahre und 35-59 Jahre seit KW 45 relativ stabil, AG 60+ noch nicht deutlich stabilisiert; tendenziell eher weiterer Anstieg; Sprung in KW 50 in den AG ab 35 Jahre (eventuell durch verstärkten Einsatz von Schnelltests);
- COVID-SARI-Fälle bis KW 51 – Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI, alle Fälle, inkl. Liegende (vorläufige Diagnosen, noch nicht vollständig): weiterer Anstieg in AG 60-79, leichter Rückgang in AG 80+ (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger); AG 15-34 und 35-59 Jahre relativ stabil seit KW 45 (ggf. Einfluss des Lockdowns ersichtlich); insgesamt ist das Bild aber ähnlich wie bei den eingeschränkten Daten, allerdings haben in dieser Darstellung (alle Fälle) die Fälle aus der Altersgruppe 35-59 Jahre weniger Gewicht, in hohen AG weiterhin recht viel Bewegung;
- Diskussion:
  - Vorsicht bei einer Interpretation bezgl. Maßnahmen;
  - Bitte an alle um Bewertung und Einschätzung ihrer Daten hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sprachfähigkeit ab dem 04.01.

- **Testkapazität und Testungen**

Abt. 3 [redacted]

Testzahlerfassung am RKI (Folien hier)
- Testzahlen und Positivquote: KW 51 ca. 1.5 Mio. Tests, KW 52 ca. 1 Mio. Tests: starker Rückgang;
- Positivenanteil knapp 13 %, somit um 1.5 % höher als Vorwoche;
- Auslastung der Kapazitäten: deutlich niedriger als in Vorwoche, vermutlich da viele Praxen geschlossen und Arztbesuch nur bei ernsthafter Erkrankung → Testung vermutlich vermehrt schwererer Fälle, somit vermutlich ursächlich der höheren Positivenanteile;
- Probenrückstau geringer als in Vorwoche, jedoch insgesamt weiterhin recht niedrig;
- Formulierung im Lagebericht wurde angepasst mit der Bitte um Konsentierung; gute Formulierung in den Disclaimern, die verwendet werden soll: „In KW52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests erfasst. Es ist zu vermuten, dass dies mit Schließungen vieler Arztpraxen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist

auch anzunehmen, dass weniger erkrankte Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben als in den Vorwochen. Dies könnte sich entsprechend auf die Meldedaten auswirken."

- Diskussion: — FG36 [redacted]
- Verzerrungsfaktoren und Interpretationserschwernis aufgrund der Feiertage u.a. durch:
  - Zusätzliche Tests in Vorbereitung auf Weihnachtstage,
  - Viele Tests in Pflegeeinrichtungen,
  - Praxis-/Laborschließung,
  - Übermittlungsaussetzer,
  - Interpretation laufender Daten durch erneute Feiertage zusätzlich eingeschränkt; — FG34 [redacted]
- Dies sollte ebenfalls frühzeitig eingeordnet und kommuniziert werden;
- Anfang kommender Woche erschwerte Einschätzung zu Effekt des Lockdowns und der Feiertage, vermutlich eher zu Wochenmitte bzw. Folgewoche mit reelleren Zahlen;
- Ungeachtet dieser Erschwernis muss zum 04.01. eine Einschätzung der Meldedaten gegeben werden können, die durch Daten aus Hotspots, zu Todesfällen und ITS-Belegung untermauert werden können und eine Sprachregelung vorhanden sein für den Beschluss zum 05.01. für die weitere Vorgehensweise ab dem 10.01.

Testungen und Positivenanteile (Folien hier) — FG37 [redacted]

- Testzahlrückgang: KW 51 ca. 600.000 Tests, derzeit ca. 460.000 Tests (Abnahme um ca. 1/3);
- Folie 1: leichte Zunahme des Anteils positiver Testungen im Vergleich zur Vorwoche;
- Folie 2: Stratifiziert nach Bundesland: weitere Anstiege in BB, Sachsen, Sachsen-Anhalt und vor allem in Thüringen (hier insgesamt jedoch weniger Tests, starker Anstieg muss kommende Woche überprüft werden, da Meldedaten aus Thüringen derzeit nicht einen so hohen Positivenanteil aus Thüringen widerspiegeln);
- Folie 3: Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG zeigt in allen AG deutlichen Rückgang, Anzahl der Tests bei den 0-15-Jähringen hat sich nahezu halbiert, in höheren AG Rückgang etwas geringer, erschwert insgesamt die Interpretation der Positivenanteile nach AG, diese zeigen bis auf AG 80+ eine relativ parallele Entwicklung, leicht steigender Trend ggf. bedingt durch „spezifischere" Testkriterien;
- Folie 4: Anteil der positiven Testungen von allen Testungen pro KW nach Organisationstyp: starker Rückgang der Anzahl der Testungen bei Arztpraxen (nahezu halbiert, siehe Kreisflächen), weiterhin jedoch steigender Positivenanteil (gestrichelte Kurve), der den allgemein steigenden Trend der Positivenanteile bedingen können;
- Folie 5: Testverzug: kein deutlicher Zuwachs der Anzahl der Verzugstage, deutlicher Rückgang der Testungen hier somit ebenfalls sichtbar;

	To Do: Bitte um Ergänzung der Grafik Folie 5 um eine Linie zum durchschnittlichen Meldeverzug in Tagen	
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** • • ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ **Presse** • Kein Beitrag aufgrund der zeitgleichen Bundespressekonferenz unter Mitwirkung des RKI und des PEI	BZgA

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente/weitere Studien** Empfehlung zu geimpften *versus* genesenen KP1 (v.a. med. Personal) • Gesonderte Empfehlung zu dem Umgang mit geimpften KP1 bei medizinischem Personal ggf. sinnvoll aufgrund dessen Kontakt zu vulnerablen Gruppen – davon ausgehend, dass die Impfung nicht vor Erregerübertragung schützt; • Papier zum KP-Management war hinsichtlich med. Personals bewusst nicht spezifiziert worden, jegliche Anpassungen des KP-Management-Papiers gelten somit auch für med. Personal; • Im Dokument „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie" (Federführung FG37) findet sich ein Passus zum Umgang mit molekularbiol. diagnostiziertem med. Personal nach durchgemachter Infektion (Teilimmunität vorhanden, keine Quarantäne nötig, Selbstmonitoring, bei Auftreten erster Symptome Selbstisolation & Test); • [redacted] • Mögliche Optionen bei geimpftem med. Personal: Quarantäneverzicht wie bei Genesenen mit Diagnostik bei Auftreten von Symptomen (hier jedoch aufgrund der Impfung höchst unwahrscheinlich), Hinweis auf Personenschutz, Selbstmonitoring (auch hinsichtlich allgemeinem Übertragungsmonitoring nach Impfung sinnvoll), regelmäßige Tests; • Geimpfte Personen sollten wie Genesene behandelt werden, da in beiden Fällen Erregerübertragung derzeit unklar (mit dem Unterschied, dass die Wahrscheinlichkeit des Ausbleibens von Symptomen bei Infektion von Geimpften höher als bei Reinfektion von Genesenen); • Eine Empfehlung von Selbsttests bei geimpften Personen bzw. geimpftem med. Personal daher derzeit nicht anzuraten, zumal dies Impfbereitschaft senken könnte (Anschein des Infragestellens der Zuverlässigkeit der Impfung, wenngleich anderer Hintergrund > die Übertragung, nicht Infektion); • Übertragungsverhinderung durch Impfungen generell ab 14 Tage nach zweiter Impfung sukzessiv abnehmend, jedoch dauerhaft reduzierte Ausscheidung → Maskenpflicht ist nach Impfung definitiv beizubehalten, da weiterhin Übertragungsrisiko. *To Do1: Bitte um Rücksprache mit Kolleg*innen im europäischen Ausland bezüglich Regelung Umgang mit geimpften KP1 bei med. Personal.*	FG37 [redacted] VPraes [redacted] FG14 [redacted] FG36 [redacted] FG17 [redacted]

	To Do2: Bitte um Konsultation der Daten aus Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller alsbald verfügbar, hierbei Bitte an [geschwärzt] um Rücksprache mit [geschwärzt] *To Do3: Anschließend Bitte um Erstellung eines Änderungsentwurfs beider Dokumente („KP-Management" und „Ergänzende Grundsätze der med. Versorgung" – hierbei Bitte um Rücksprache mit FG14 im Vorfeld).*	
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** **NRZ Influenzaviren** (Folien hier): • Derzeit deutlicher Rückgang der Einsendungen: KW 52 – 71 Proben, KW 53 – 19 Proben; • Weiterhin relativ hohe SARS-CoV-2-Nachweisraten von ca. 15 % in KW 52, bislang diese Woche ca. 5 %; • Kinetik: Lockdown scheint leichten Effekt auf Rhinoviren zu haben, Nachweisrate derzeit etwas rückläufig, jedoch nicht in dem Umfang des frühjährlichen Lockdowns; • Angesichts der derzeitigen Nachweisraten und Effekte sind – auch hinsichtlich der Sprachfähigkeit zum 04.01. – die Schutzmaßnahmen weiterhin zu befürworten, ggf. sogar eine Lockdown-Verlängerung bis zur erfolgten Impfung vulnerabler Gruppen und dem Rückgang der Todesfallzahlen; • Sequenzierung: diese Woche 30 Proben, befinden sich noch in Aufbereitung; Vorwoche: 1 Probe aus Viersen mit UK-Variante nachgewiesen. **PCR-Ergebnisse – Hotspot-Proben** • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] • In dieser Stichprobe aus den betroffenen Hotspots somit vorerst kein Nachweis der UK-Variante; • Veränderter Wirkmechanismus der in diesem Stichprobenumfang nachgewiesenen Mutation ist bislang nicht bekannt.	FG17 [geschwärzt] ZBS1 [geschwärzt]

	Testzahlenerfassung für Lagebericht (Dokument hier, Abschnitt gelb markiert und unten eingefügt) • „In KW 52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests durchgeführt. Es ist zu vermuten, dass dies zum Einen mit der Schließung vieler Arztpraxen, zum Anderen auch mit einer geringeren Frequenz von Arztbesuchen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist auch anzunehmen, dass im Vergleich zu den Vorwochen eine geringere Anzahl von Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik und lediglich Personen mit deutlicher Symptomatik, während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben. Es ist anzunehmen, dass sich dies ~~Dies zeigt sich~~ in den geringeren Testzahlen und in der erhöhten Positivquote widerspiegelt." • Interpretation ist notwendig, jedoch vorsichtigere Formulierung in letztem Satz gewählt, da positive AG-Schnelltests, die per PCR bestätigt werden, ebenfalls ursächlich sein könnten – die Aufnahme dieser weiteren Begründung wird jedoch abgelehnt, da dies zu Spekulation verleiten könnte und diese „Bestätigungstests" vermutlich eine untergeordnete Rolle spielen (cave: Unterscheidung zwischen Schnelltest in Testzentren – vermutlich geringe Positivenrate – und Schnelltest in betreuten Einrichtungen – hierzu derzeit Abfrage laufend, vermutlich kein Ergebnis vor dem 04.01.)	Abt. 3
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument zu Entlasskriterien seit gestern online; • Voranfrage Thüringen zur überregionalen Verlegung von COVID-19-Normalpatienten (nicht-ITS), da Kapazitäten derzeit nahezu ausgeschöpft – Sitzung Steuerungsgremien dazu (Strategie Patientenverlegung).	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Anfrage zum Umgang mit KP1 nach möglicher Reinfektion mit neuer UK-Variante • Derzeit allgemeingültige Umgangshinweise zu KP1 • Grundsätzlich keine Empfehlungsänderung zunächst unter der Annahme, dass sich diese neue Variante nicht anders verhält, bspw. hinsichtlich Infektionsbegünstigung; • Überprüfung nötig, bspw. als intensivierte Umgebungsuntersuchung, um Datengrundlage für umfassende Studie zu stellen; • Proben sollen als Diagnostikproben an ZBS1 geschickt werden.	FG36 ZBS1
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Derzeit Reiseverbote UK und Südafrika, ab 01.01. Rückreise aus diesen Gebieten möglich sofern Meldung beim BMI erfolgt, Rechtsverordnung gilt bis zum 06.01.2021;	FG38

	• DEA (Digitale Einreiseanmeldung): 332 von 376 Gesundheitsämtern derzeit angeschlossen (88 %), ca. 13.000 Anmeldungen pro Tag, Tageshöchstwert bislang knapp 24.000; • Clearingstellen: derzeit ca. 600 Einträge pro Tag, die nicht *ad hoc* den Gesundheitsämtern zugeordnet werden können, Abarbeitung prospektiv über Unterauftragsvergabe seitens Bundesdruckerei möglich.	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Derzeit relativ gut tragbare Arbeitslast	FG38
15	**Wichtige Termine** • 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00, via	